

Sabine Müller

Über das Fremde in uns und den Umgang mit genitalverstümmelten Frauen

Die Szene ist entsetzlich: Alte Frauen halten ein schreiendes Kleinkind auf einem Hüttenboden fest. Dann nimmt eine von ihnen eine Rasierklinge und beschneidet es. Wie gut, dass dies weit von uns entfernt in Afrika stattfindet! Wie gut, dass das alles nichts mit uns zu tun hat! Aber stimmt das wirklich?

Wenden wir uns zunächst jedoch noch einmal Afrika zu: Mittlerweile hat neben der Genitalverstümmelung im traditionellen Kontext auch ihre Medikalisation¹ in den betroffenen Ländern Einzug gehalten. Zunehmend berichten mir jüngere Klientinnen, dass sie als Kind nicht etwa von einer Beschneiderin, sondern von Ärzten oder Hebammen unter Vollnarkose beziehungsweise Lokalanästhesie beschnitten wurden. Eine Beobachtung, die auch Dr. Harry Gordon in London macht.² Unter Narkose kann der Genitalhügel ohne Gegenwehr perfekt zur Talsohle reduziert werden.

Das Fremde ist in uns

Und wie steht es nun um unseren eigenen Hinterhof? Bei genauerer Betrachtung werden wir schnell gewahr, dass derartige genitale Eingriffe – ausgeführt von Ärzten – auch in Europa und Amerika gang und gäbe waren. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden sie zur Verhinderung der Masturbation und diverser Geisteskrankheiten von Medizinern durchgeführt.³ In Amerika praktizierte man Beschneidungen, besonders Klitorisentfernungen, noch bis weit ins 20. Jahrhundert hinein, und das römisch-

¹ Der Begriff der Medikalisation bezeichnet die Vornahme einer genitalen Verstümmelung von medizinischem Fachpersonal in Kliniken und Arztpraxen. Anm. d. Red.

² persönliche Kommunikation mit Anke Müller-Belecke, Autorin und Regisseurin, 1999. Dr. Harry Gordon leitet ein Krankenhaus in London, das sich auf die Behandlung genitalverstümmelter Patientinnen spezialisiert hat. Anm. d. Red.

³ vgl. Lightfoot-Klein, H., 2003; Hulverscheidt, M., 2002, vgl. hierzu auch den Artikel von Marion Hulverscheidt zur Medizingeschichte in diesem Buch, Anm. d. Red.

katholische Handbuch für den Beichtenden empfahl diese Maßnahmen noch bis 1940 zur Vorbeugung und Verhinderung des Lesbiertums.⁴

Das alles hat also sehr wohl etwas mit uns zu tun und ist längst nicht so weit entfernt, wie wir es gern hätten. Und wenn wir schon ein wenig vor der eigenen Haustür kehren: Wie viele unnötige Dammschnitte unter der Geburt werden bei uns durchgeführt? Und das, obwohl längst erwiesen ist, dass dadurch zwar die Austreibungsphase verkürzt werden kann, aber Dammrisse dritten und vierten Grades nicht signifikant verhindert werden können.⁵ Wie viele Kaiserschnitte werden ohne medizinische Indikation vorgenommen, und warum bringen mehr Privatpatientinnen ihre Kinder auf diese Art zur Welt als Kassenpatientinnen? Wie viele unnötige Gebärmutterentfernungen werden Jahr für Jahr an deutschen Kliniken ausgeführt? Eine afrikanische Aktivistin brachte es anlässlich der Weltfrauenkonferenz in Peking auf den Punkt: „Wir beschneiden unsere Frauen nur. Ihr weidet sie aus.“

Wie viel Widerstand gab es – besonders von Ärzten –, als der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch in Deutschland eingeführt werden sollte, der Frauen erstmals unabhängig von operativen Eingriffen machte? Letztlich kam er 1931 doch auf den Markt. Nun wurde er plötzlich von seinen vormaligen Gegnern als medizinischer Fortschritt gehuldigt und begeistert gefeiert, um schließlich 1932 – als zunehmend Todesfälle unter den Frauen bekannt wurden – wieder still und leise in der Versenkung zu verschwinden.⁶

Wer weist hierzulande einem Kind bei der Geburt das Geschlecht zu? Und wehe, da stimmt etwas nicht. Etwa 350 Kinder mit uneindeutigen Genitalien werden jedes Jahr in Deutschland geboren. Keines entgeht dem Messer. Die meisten von ihnen werden Dutzenden von Operationen unterzogen, weil ÄrztInnen der Meinung sind, man könne kein Kind ohne eindeutiges Geschlecht in die Schule schicken.⁷

Wie groß darf eine Klitoris sein, bevor sie dem Kinderchirurgen anheimfällt? Regelmäßig sehe ich Patientinnen, die statt ihrer kleinen Schamlippen nur eine weiße Narbe haben. Den meisten hat niemand etwas gesagt. Nur

⁴ vgl. Lightfoot-Klein, H., 2003

⁵ vgl. Vetter, K., 1996

⁶ vgl. Stoeckel, W. (Hrsg.), 1931; Stoeckel, W. (Hrsg.), 1932. Es handelt sich um einen Schwangerschaftsabbruch mit Interrupin und Antigravol.

⁷ vgl. Lakotta, B., 2002

einige sind sich im Klaren darüber, was mit ihnen geschehen ist: „Sie wissen schon, ich hatte da solche, ähm ... Hottentottenschürzen.“ Welch ein diskriminierender, rassistischer Begriff.

Noch immer glauben die meisten Menschen, dass ein beschnittener Penis zumindest nichts Ungesundes sei. 1999 brachte die Sendung *Report* einen Beitrag, in dem ein Arzt vor versteckter Kamera afrikanischen Eltern anbot, deren kleine Tochter fachgerecht zu verstümmeln.⁸ Unter Insidern und Aktivistinnen ist es schon lange kein Geheimnis mehr, dass jedwede Art von Verstümmelung – nicht nur an afrikanischen Mädchen – auf Wunsch in Deutschland käuflich zu erwerben ist, durchgeführt von Fachpersonal aus dem Gesundheitsbereich, ohne medizinische Notwendigkeit. Wir so genannten zivilisierten Menschen der „Ersten Welt“ waren nie besser und sind es auch heute nicht, nur unsere Methoden sind perfider.

Als Hanny Lightfoot-Klein mir ein paar Seiten ihres Buches *Der Beschneidungsskandal* zeigte, wusste ich sofort, dass diese Veröffentlichung auch Menschen hier in Deutschland lesen müssen.⁹ Denn es ist nicht wahr, dass Verstümmelungen nur weit weg geschehen. Das Fremde ist hier, in uns und das Tabu nicht geringer!

Nach Operationen an Brüsten, Oberschenkeln und Hüften sind nun auch die Genitalien an der Reihe. Neben Tatoos sehe ich zunehmend Piercings mit bis zu 50 Durchstechungen pro Genital. Außerdem habe ich mehr und mehr deutsche Patientinnen, die sich ganz offensichtlich die Klitorisvorhaut haben entfernen lassen. Sie werden noch feststellen, dass sie den vermeintlichen Lustgewinn gegen eine schmerzhaftere Hypersensibilität oder ein ausgetrocknetes Organ eingetauscht haben. Und das ist noch nicht alles: Immer öfter bitten mich Frauen um Rat, ob sie ihre kleinen Schamlippen operativ verkleinern lassen sollen. Selbst medizinische Darstellungen zeigen diese oft unterdurchschnittlich klein. Die Frauen werden Opfer eines ihre Genitalien verniedlichenden Schönheitswahns, der die Gesellschaft ganz subtil durchdrungen hat.

⁸ Es handelt sich um die *Report*-Sendung aus Mainz vom 22. März 1999, die in der ARD ausgestrahlt wurde. Anm. d. Red.

⁹ vgl. Lightfoot-Klein, H., 2003

Man müsste doch meinen, dass die Menschheit innerhalb von vielen Tausend Jahren gelernt hätte, die Genitalien in Ruhe zu lassen. Traurigerweise war dies niemals der Fall. Als Organe, von der Natur dazu geschaffen, uns Freude zu bereiten, wurden sie in allen Kulturen einer Vielzahl von Torturen unterworfen, und noch ist kein Ende in Sicht.

Erfahrungen mit verstümmelten Patientinnen

Als angestellte Ärztin eines Familienplanungszentrums¹⁰ bin ich gemäß unserer Satzung einem ganzheitlichen und feministischen Ansatz verpflichtet. Eine antirassistische Grundhaltung wird vorausgesetzt. Die Gesprächsführung mit Patientinnen orientiert sich an den Grundregeln der Psychosomatik. Sie ist gleich für deutsche und nichtdeutsche Frauen mit Beschädigungen, die sie an Leib und Seele erlitten haben, sei es durch Tradition, medizinische Intervention, Unfälle, Missbrauch oder andere Traumata.

Zu den Gesprächsvoraussetzungen gehören u.a. eine abgeschirmte geschützte Atmosphäre, eine klare Situationsabsprache, die Akzeptanz für Schwierigkeiten im Vorfeld sowie Gestaltungsspielraum in der Gesprächssituation. Als Technik empfiehlt sich das Einfühlen in die Patientin, die bewusste Wahrnehmung der eigenen Gefühle und schließlich eine gewisse Abgrenzung auf der rationalen Ebene, um die therapeutische Distanz zu wahren. Folgende Fragen sind dabei von Bedeutung:

Woran leidet die Klientin? Was macht ihr innerlich und äußerlich zu schaffen? Welche Wünsche trägt sie an mich heran? Welche Ängste hat sie? Wie geht sie mit diesen Ängsten um (Abwehrstruktur, z. B. „Das mit mir ist alles nur halb so schlimm“)? Wie verhält sie sich gegenüber der Ärztin? Sind bestimmte Haltungen, Erwartungen oder Interaktionen erkennbar (Übertragung, z. B. extreme Schamhaftigkeit)? Wird dadurch bei der Ärztin eine bestimmte Haltung oder Einstellung ausgelöst (Gegenübertragung, z. B. innere Widerstände, Mitleid, Wut)? Kann es für die Klientin gute Gründe geben, den Status quo aufrecht zu erhalten (primärer Krankheitsgewinn, z. B. Statusgewinn, Gefühl der Überlegenheit aufgrund ihrer FGM, Gefühl der Reinheit)? Auf welche Weise trägt ihr Umfeld dazu bei, dieses

¹⁰ zur Anschrift des Familienplanungszentrums vgl. den Artikel „Adressen von Beratungsstellen“ in diesem Buch, Anm. d. Red.

Leiden aufrecht zu erhalten (sekundärer Krankheitsgewinn, z. B. Vorzugsbehandlung und höherer Rang in ihrer sozialen Gruppe, bessere Heirat-chancen, finanzielle Gründe)?¹¹

Häufig endet das Erstgespräch nicht mit einer körperlichen Untersuchung, sondern es bleibt zunächst bei diesem Gespräch. Meiner persönlichen Erfahrung nach ist nicht das Ausmaß der physischen Beschädigung ausschlaggebend für den Leidensdruck der Klientinnen, sondern der Grad ihrer Traumatisierung. Dieser ist abhängig vom Alter, in dem eine Verstümmelung vorgenommen wurde,¹² dem Ausmaß des Vertrauensverlustes sowie der Macht des die Beschädigung umgebenden Tabus. Nachfolgend einige Beispiele hierfür.

Eine sudanesische Medizinstudentin kam mit immer wiederkehrenden heftigen genitalen Schmerzen im Sinne einer schwerwiegenden Dyspareunie¹³ in meine Sprechstunde. Sie gab an, sie sei derart verstümmelt worden, dass ihr ein normaler Geschlechtsverkehr unmöglich sei, und bat aus diesem Grund um eine Deinfibulation. Die psychosomatische Befunderhebung ergab eine schwerwiegende Traumatisierung: Im Alter von elf Jahren war sie während einer Abwesenheit ihrer Eltern von der eigenen Großmutter gewaltsam entführt und in die Praxis eines Arztes verschleppt worden. Dort wurde sie festgebunden und beschnitten. Nichts und niemand hatte sie auf diese Tortur vorbereitet. Die spätere körperliche Untersuchung ergab, dass eine Klitoridektomie vorgenommen worden war. Der Scheideneingang war nicht beschädigt und die erhebliche Dyspareunie damit sicher auf das seelische Trauma zurückzuführen.

Eine verheiratete Sudanesisin möchte sich beraten lassen. Außer „leichten Problemen“ beim Geschlechtsverkehr habe sie keinerlei Beschwerden. Die Beschneidung war in der Familie vorher durchaus kontrovers diskutiert worden. Sie selbst hatte ein Mitspracherecht. Während der Zeremonie hielt ihr der Vater die Hand. Sie sei froh, dass bei ihr nur eine milde Form der Be-

¹¹ vgl. Imhof, L., 1995

¹² Erst ab dem 27. Lebensmonat scheint eine Erinnerung an sexuelle Traumata auf der bewussten Ebene möglich. vgl. Terr, L., 1995

¹³ Der Begriff Dyspareunie steht für Schmerzen der Frau beim vaginalen Geschlechtsverkehr. Die Dyspareunie gehört somit zu den sexuellen Funktionsstörungen. Anm. d. Red.

schneidung durchgeführt worden sei. Die körperliche Untersuchung ergab später, dass die Patientin eine komplette Infibulation erlitten hat – mit Klitoridektomie und Exzision. Der Scheideneingang ist nicht passierbar. Auf der Rückseite der Hautbrücke wird bei der späteren Deinfibulation ein großes Geschwür als Ausdruck eines länger bestehenden Urinstaus gefunden.

Eine Deutsche, 39 Jahre alt, stellt sich zur Beratung und Untersuchung vor. Wegen einer juckenden Hauterkrankung der Vulva sollte bei ihr eine kleine Gewebeprobe entnommen werden. Nun hat sie Schmerzen, leidet an Anorgasmie und Appetenzstörungen.¹⁴ Die Untersuchung ergibt, dass statt der vereinbarten kleinen Gewebeprobe die Klitorisperle und große Anteile der kleinen Schamlippen entfernt worden waren. Sie fühlt sich verraten. Auffallend ist die schwere depressive Verstimmung, die bis hin zu völligen Ablehnung ihres Genitales geführt hat. Die anschließende Gesprächstherapie mit Einbeziehung des Partners führt zur Besserung ihres Beschwerdebildes.

Gespräche sind wichtig

Über all die Jahre, in denen ich mit genitalverstümmelten Frauen gearbeitet habe, bin ich – was die operative Therapie anbetrifft – sehr viel zurückhaltender geworden. Meiner Erfahrung nach haben die Frauen am meisten von den sexualmedizinischen psychosomatischen Gesprächen profitiert. Wenn die Klientin darum bittet und eine Besserung der – hauptsächlich durch die Infibulation bedingten – Symptome möglich scheint, wird bei uns im Zentrum die Deinfibulation durchgeführt. Je nach Wunsch der Patientin und je nach Art ihrer primären Traumatisierung geschieht dies in Lokalanästhesie oder unter Vollnarkose.

Die meisten Frauen gehen einen langen Weg. Das Ergebnis für die Patientin nach einer Operation ist meiner Beobachtung nach um so besser, je länger und ausführlicher die Gespräche vor dem Eingriff geführt wurden. Leider ist dies aufgrund von Sprachschwierigkeiten nicht immer möglich. Oft dienen uns jedoch Frauen, die diesen Prozess bereits hinter sich haben, als Sprachmittlerinnen.

Das Fremde ist eigentlich gar nicht fremd. Fremd sind wir uns häufig nur selbst. Die Überwindung und Reflexion des Fremden in uns führt zu einer

¹⁴ Der Begriff Appetenz bezeichnet das Begehren, das Sexualverlangen. Anm. d. Red.

für alle Seiten zufriedenstellenden Zusammenarbeit und kann so letztlich auch zur Überwindung des Traumas führen.

Literaturnachweis

Hulverscheidt, Marion, 2002: Weibliche Genitalverstümmelung: Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum, Dissertation, Mabuse-Verlag, Frankfurt.

Imhof, Lothar, 1995: Psyche und Soma. Fortbildung vom 2. November 1995, Bad Orb.

Lakotta, Beate, 2002: Ihre Tochter ist ein Sohn. In: Spiegel, Ausgabe 45.

Lightfoot-Klein, Hanny, 2003: Der Beschneidungsskandal, Orlanda-Verlag, Berlin.

Terr, Lenore, 1995: Schreckliches Vergessen, Heilsames Erinnern, Verlag Kindler, München.

Stoeckel, Walter (Hrsg.), 1931: Zentralblatt für Gynäkologie, Jahrgang 55.

Stoeckel, Walter (Hrsg.), 1932: Zentralblatt für Gynäkologie, Jahrgang 56.

Vetter, Klaus, 1996: Die Geburt. Ein Ereignis zwischen Mythos und medizinischem Risiko, Urban & Fischer, München.